w. Bulloch

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892 — N° 293

(10)

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 25 juillet 1892, à 1 heure

Par L. A. MARCU

Né à Bucarest, le 18 avril 1864

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR L'HÉMOPHILIE

LES HÉMORRHAGIES QU'ELLE PROVOQUE APRÈS L'ACCOUCHEMENT ET LEUR TRAITEMENT

Président : M. A. PINARD, *professeur.*

Juges : MM. FARABEUF, *professeur.*
SEGOND, RIBEMONT-DESSAIGNES, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 25 juillet 1892, à 1 heure

Par L. A. MARCU

Né à Bucarest, le 18 avril 1864

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR L'HÉMOPHILIE

LES HÉMORRHAGIES QU'ELLE PROVOQUE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

ET LEUR TRAITEMENT

Président : M. A. PINARD, *professeur.*

Juges : MM. FARABEUF, *professeur.*
SEGOND, RIBEMONT-DESSAIGNES, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN JACCOUD. PETER.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. LE FORT. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef des travaux anatomiques	RICARD
BRISSAUD	HANOT	POUCHET	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	QUENU	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	QUINQUAUD	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	RETTERER	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	REYNIER	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE		WEISS
	MAYGRIER		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE BUCAREST

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR WALLICH

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Répétiteur à la Clinique Baudelocque

Témoignage de gratitude.

A MON CHER MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD

Professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Témoignage de gratitude et respect.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR L'HÉMOPHILIE

Les hémorrhagies qu'elle provoque après l'accouchement

ET LEUR TRAITEMENT

AVANT-PROPOS

Ayant eu la bonne fortune d'être pendant deux années dans le service de M. le professeur Pinard à la clinique Baudelocque, c'est au cours d'une des leçons cliniques du maître que l'idée de cette thèse nous est venue.

Ce travail, pour être mené à bien, eut exigé un esprit plus habitué que le nôtre aux déductions scientifiques, il eut exigé encore un nombre plus considérable d'observations, afin que les conclusions en fussent plus rigoureusement déduites ; cependant malgré leur petit nombre et les lacunes qu'elles peuvent présenter dans leur histoire, l'ensemble nous paraît suffisamment susceptible de mettre en relief notre pensée, qui était d'insister surtout sur le traitement.

D'autres, plus autorisés que nous, reprendront certainement ce sujet et le traiteront d'une façon plus magistrale. Si à ceux-là notre travail peut rendre quelques services notre ambition serait amplement satisfaite.

Le titre que nous avons adopté indique assez notre programme.

Avant d'aborder notre sujet, nous sommes heureux d'adresser à nos maîtres des hôpitaux de Bucarest et de Paris l'expression de notre gratitude pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée et les enseignements qu'ils nous ont prodigués.

Que M. le professeur Pinard veuille bien recevoir ici l'expression de notre plus vive reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a traité pendant tout le temps que nous avons passé dans son service, et nous le prions de bien vouloir accepter l'hommage de ce modeste travail.

Nous ne saurions terminer sans remercier très sincèrement MM. les Drs Potocki, ancien chef de Clinique, M. Varnier, ancien chef de Clinique et professeur agrégé à la faculté. MM. Lepage, Wallich, Bouffe de Saint-Blaise, répétiteurs, et Mlle Rose, sage-femme en chef, qui ne nous ont jamais refusé, avec l'obligeance la plus courtoise, des conseils auxquels leur expérience donnait un grand poids.

Nous prions M. le professeur Pinard de recevoir nos plus sincères remerciements pour l'insigne honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DEFINITION

D'après le professeur Villard, l'hémophilie est une disposition ordinairement congénitale et héréditaire aux hémorrhagies spontanées, une sorte de diathèse nosohémique, plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et qui par sa durée et les pertes de sang qu'elle provoque entraîne fréquemment la mort.

Hertzka (de Vienne) dit qu'elle est une diathèse hémorrhagique générale congénitale, qu'elle soit ou non héréditaire, plus commune à la race germanique et surtout à la race juive. Il prétend, en outre, que les femmes quoique moins sujettes que les hommes (1, 13) sont plus aptes à transmettre l'hémophilie, tout en ne l'ayant pas.

Pour Hernandez, l'hémophilie n'est pas une entité morbide, mais un symptôme commun à plusieurs affections générales.

HISTORIQUE

Le premier auteur qui parla de l'hémophilie fut un docteur arabe, Abul Kassim El Zahreni, qui mourut à Cordova au commencement du XIIe siècle.

En 1585, Alexandre Benedictus rapporte le cas d'un homme âgé de 36 ans, et qui chaque mois voyait survenir un écoulement sanguin.

Fabrice de Hilden, en 1612, raconte l'histoire d'un malade, sujet aux hémorrhagies, et surtout aux épistaxis.

Fortyce, en 1784, raconte le premier l'histoire d'une famille hémophilique. C'est à peine au commencement du XIXe siècle (1803), que le médecin américain Otto, démontre la signification de cette maladie, et celui qui le premier la fit connaître sur notre continent, c'est Franz Nasse.

Schönlein lui donne une place dans le cadre nosologique sous le nom d'*hémophilie ou hémorrhaphilie.*

En France, c'est Lebert qui l'avait fait connaître en 1837, dans ses recherches sur les causes, les symptômes et le traitement des hémorrhagies constitutionnelles.

Ajoutons encore les travaux de Wachsmuth, Virchow, Grandidier, Legg, Immerman et Forster.

Il se dégage donc de cette nomenclature, que l'hémophilie était inconnue au moyen-âge, et ce n'est que de-

puis le siècle dernier que des observations multiples la font mieux connaître.

Depuis la monographie de Grandidier (Cassel), publiée en 1855, tous les auteurs lui ont consacré un article spécial.

Malgré cette unanimité, il y avait encore des auteurs qui se demandaient si on n'a pas englobé sous le nom d'hémophilie une foule d'états pathologiques différents, n'ayant entre eux de commun que la disposition hémorrhagique, et surtout les chirurgiens, qui savent qu'il y a des hémorrhagies très difficiles à arrêter, surtout chez les blessés, qui ont déjà subi de grandes pertes de sang, ou des individus épuisés par des longues maladies, par un long séjour à l'hôpital. Aujourd'hui on est d'accord à reconnaître que l'hémophilie est une diathèse compatible avec une bonne santé en apparence, et qui, à un moment donné, dès que la santé commence à s'altérer, se traduit par une étrange disposition aux hémorrhagies très difficiles à arrêter.

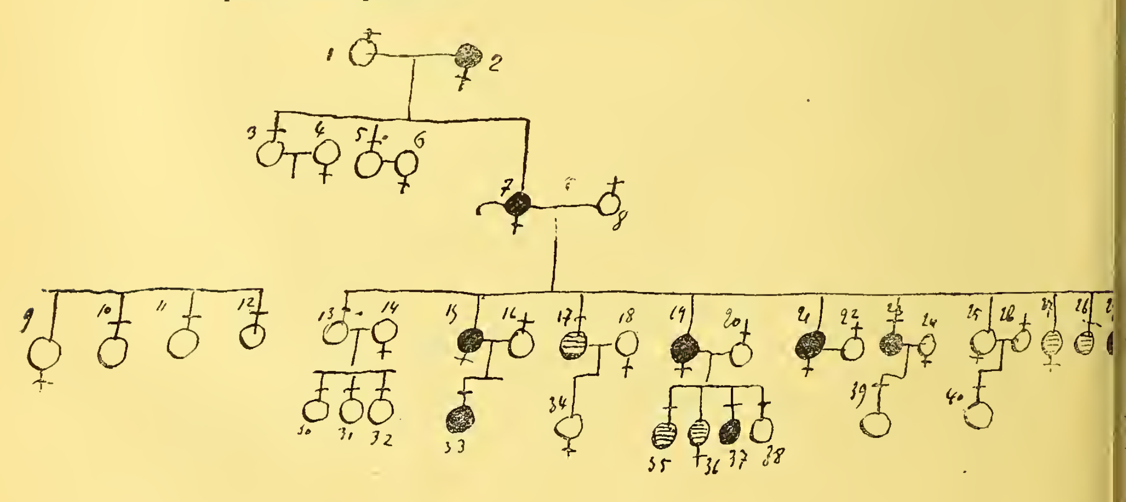
Il résulte de notre définition, que l'hérédité est un des caractères essentiels, mais comme on ne peut pas toujours la constater, elle est quelquefois contestée. D'après Vulpian, on trouve toujours quelqu'un de la famille qui possède cette diathèse.

On l'a vu dans quatre ou cinq générations se suivre, comme le démontre l'observation suivante de M. R. Von Limbeck.

Observation I (de R. Von Limbeck).

Dans cette observation l'auteur tend à démontrer l'hérédité de l'hémophilie jusqu'à la quatrième génération.

Pour rendre plus compréhensible la lecture de cette observation, nous ajoutons au texte le schéma de l'arbre généalogique. Les cercles pleins signifient hémophilie profonde, les rayés hémophilie moyenne, et les clairs, pas d'hémophilie.



L'aïeule (n° 2 de l'arbre généalogique) est une femme, qui s'es toujours bien portée, et qui est morte à l'âge de 75 ans dans le marasme (1875). C'est à peine vers l'âge de 60 ans qu'on voit les premiers symptômes d'hémophilie, se manifestant par des épistaxis rebelles, souvent répétés.

Son mari se portait en même temps très bien et mourut en 1883 aussi dans le marasme, après avoir survécu à une pneumonie qu'il avait une année avant. Ce couple donna naissance à trois enfants deux fils et une fille. Tandis que les fils n'ont jamais présenté des signes de l'hémophilie, et que l'aîné s'étant marié à une femme non hémophilique, a eu quatre enfants non hémophiliques, cette hémophilie se montrait en grande quantité chez la fille, dès l'âge de sa puberté. Elle souffrait comme sa mère, surtout des épistaxis rebelles, qui se répétaient pendant plusieurs journées dans un mois. Elle était grande, mince, maigre et pâle dans sa jeunesse. A un âge plus avancé elle paraissait mieux se porter, mais elle gardait toujours le teint pâle de sa figure pendant toute sa vie. Elle se maria dans sa seizième année avec un homme non hémophilique, et en eut quatorze enfants, dont neuf seulement sont vivants. Quatre moururent en bas-âge, le cinquième (27) mourut à l'âge de seize ans.

Non seulement, qu'elle continuait après son mariage à perdre beaucoup de sang par le nez et la muqueuse buccale comme auparavant, mais encore à chaque accouchement elle perdait énormément de sang. Elle mourut à l'âge de 50 ans (1882) d'une hémorrhagie incoercible des parties génitales, de la muqueuse buccale et nasale, dans un état d'anémie profonde.

Parmi ses enfants, la maladie se manifesta de la manière suivante. L'aîné était absolument exempt, n'a jamais souffert d'hémorrhagie des muqueuses, et s'est toujours bien porté. Même ses enfants issus d'un mariage avec une femme saine et bien portante, n'ont jamais manifesté des tendances ni des symptô-

mes de cette maladie. Le second, une fille (15) aujourd'hui âgée de 47 ans, montrait à l'âge de la puberté, dans la douzième ou treizième année, les premiers symptômes de l'affection qui, chez elle, a non seulement continué depuis, mais a même augmenté en quantité, de sorte qu'elle et une autre sœur (21) sont les plus fortes hémophiles de la famille.

De son mariage avec un mari sain, elle eut un garçon (33) aujourd'hui âgé de seize ans, qui paraissait bien portant jusqu'à l'âge de quatorze ans, et qui à partir de cet âge perdait souvent du sang par le nez. Un troisième enfant de la femme (7) un garçon (17) qui saignait faiblement jusqu'à l'âge de seize ans, ne perdit plus depuis, il a aujourd'hui quarante-sept ans et se porte bien. Son mariage avec une femme non hémophilique, resta sans enfants jusqu'il y a quelques semaines, quand sa femme accoucha. L'enfant ne donne pas encore des signes de la maladie.

L'enfant suivant, une fille (19) souffre comme sa mère dès l'âge de douze ans, des pertes sanguines de la muqueuse buccale et linguale et de fortes épistaxis. Elle eut quatre enfants, dont les premiers, un garçon et une fille âgés aujourd'hui de douze et onze ans, souffrent de temps en temps d'épistaxis, difficile à arrêter.

L'enfant suivant, un garçon (37), aujourd'hui âgé de neuf ans, perdait en grande quantité du sang du nez et de la muqueuse buccale.

Le cadet, un garçon, aujourd'hui cinq ans, n'a pas encore perdu du sang.

La fille suivante (21) de la femme (7) est avec (15) la plus grande hémophile de la famille, car dès l'âge de sept ans elle avait déjà des pertes excessivement fortes de sang et par le nez et par la bouche. Elle a avorté trois fois jusqu'aujourd'hui, et n'a pas d'enfants.

(23) Le sixième enfant de la femme (7) est un fils, saigne

beaucoup dès l'âge de huit ans. Son fils âgé aujourd'hui d'un an se porte bien jusqu'à présent.

La (25) sœur du (23) est exempte, son fils issu d'un mariage avec un mari sain se porte bien.

Les trois plus jeunes enfants, tous des garçons, sont en général des hémophiles. Le 27, mourut à l'âge de 16 ans d'une hémorrhagie cérébrale, et avait montré dès l'âge de 7 ans les symptômes de la maladie d'une grande gravité.

Le (28) aujourd'hui âgé de vingt-quatre ans, aurait été un faible hémophile jusqu'à l'âge de 14 ans et paraît en être complètement débarrassé depuis.

Le (29) aujourd'hui âgé de 16 ans, saignait beaucoup dès sa sixième ou huitième année et avait cessé complètement de saigner, pendant deux années, à la suite de beaucoup de gymnastique. Depuis, il a recommencé à saigner beaucoup par la bouche et par le nez, comme ses frères et sœurs.

Si l'on jette un coup d'œil sur cet arbre généalogique, on est frappé de la transmission de l'hémophilie par le genre féminin.

Parmi les enfants de la femme (7) (non compris les morts en bas-âge), on voit la première moitié, les filles 15, 19, 21 atteintes de la maladie au plus haut degré, tandis que les deux fils paraissent très peu ou pas du tout affectés. Dans la seconde moitié, les garçons l'emportent sur les filles (4, 1). Il y a pour le moment peu à dire sur les enfants de cette génération, à cause de leur âge peu avancé.

De cette observation se dégage le fait suivant savoir que ce sont surtout les filles qui ont hérité de la maladie ; les garçons fort peu.

Nous ne pouvons tirer des conséquences théoriques de cette observation, qui d'ailleurs n'a eu d'autre but que de

montrer qu'il n'y a pas de règle fixe dans la ligne de l'hérédité ; mais qu'elle existe.

Souvent elle franchit une ou deux générations, ainsi il peut se faire qu'une mère hémophilique ait des enfants qui ne le sont pas ; mais qui à leur tour la transmettent à leurs enfants, surtout aux garçons.

L'hémophilie est plus commune dans les pays septentrionaux. En Europe du 43° de latitude jusqu'au 60°. L'Allemagne y figure pour 48 pour 100 dans la totalité des faits publiés, l'Angleterre pour 18, la Suisse pour 9 et la France pour 8,5.

On l'observe plus souvent au printemps et en automne.

Martin croit, au contraire, qu'elle est plutôt à craindre pendant l'été, et après les grands froids et orages.

Le temps humide prédispose plus que le temps sec.

La constitution joue un rôle assez actif, car on la voit survenir chez des gens, qui par une émotion morale à la suite de la peur, colère, fatigue, d'une course, d'un effort, d'une insolation légère, d'un excès de table, d'alcool, ou d'autres excès, etc.

Vieli l'a trouvée chez des personnes brunes. Chez quelques-unes les artères et veines sont très superficielles et pleines, la peau est très fine et pâle.

Il y a des personnes, surtout des femmes, chez lesquelles le fait de mettre la canne de l'ombrelle sur l'épaule, suffit pour produire des ecchymoses.

M. Varnier, a vu une femme, qui à l'effort des poussées, présentait des purpuras ecchymotiques sur la peau et qui après la délivrance eût une hémorrhagie.

On cite même des cas d'hémophilie chez des enfants

dont les mères eurent des émotions vives pendant la grossesse, ou même pendant l'allaitement (André).

Un ménage exempt de toute prédisposition héréditaire, ayant eu deux enfants également indemnes, et dans le cours de la troisième grossesse, la mère éprouve une émotion violente; l'enfant qu'elle portait mourut six semaines après sa naissance d'hémorrhagies spontanées par le cuir chevelu et la pulpe des doigts; deux autres enfants venus plus tard moururent de la même façon à deux mois.

Un autre cas (Chelius) où un nourrisson avait neuf mois; était robuste et bien portant, la mère lui donne le sein après une syncope causée par une émotion terrible, l'enfant pâlit, l'hémophilie s'accentue, il meurt dans une dernière hémorrhagie, et tous les enfants qui naissent ensuite sont atteints de cette affection.

D'après Bouchut, Bartez et Rilliet, on observe les premières manifestations de cette diathèse chez les petits enfants. Elle devient rare après la vingt-deuxième année, malgré cela on a cité des cas d'hémophilie tardive chez des personnes qui sont mortes à l'âge de 60, 65 et même 70 ans (Grandidier).

Les femmes sont moins sujettes que les hommes. 1 : 7 (Villard), 1 : 13 (Herzka). On est allé même jusqu'à dire que c'est une diathèse spéciale à l'homme, mais il y a dans la science des faits authentiques d'hémophilie qui ont donné des hémorrhagies mortelles chez 16 jeunes filles ou jeunes femmes, parmi lesquelles il y en a une qui a succombé à la suite de la rupture de la membrane hyménéale (Wachsmann).

Les règles sont abondantes et de longue durée. D'a-

près Vieli, les femmes sont sujettes à l'avortement, tandis que Grandidier dit que la grossesse chez les hémophiliques arrive plus souvent à terme, et ne s'accompagne d'hémorrhagies plus abondantes que chez les autres femmes. M. le professeur Pinard, dit que la grossesse peut aller à terme, mais il faut redouter l'hémorrhagie *post partum* et cite une observation où la mère et ses deux filles avaient toujours, peu de temps après la délivrance, des hémorrhagies graves qui mettaient leur vie en danger.

Nous avons assisté personnellement à un fait semblable. Une femme délivrée, pâlit, deux heures après, et en la découvrant nous trouvons une grande quantité de sang sur les draps, et son utérus plein de caillots. L'observation *in extenso* sera citée plus loin.

L'influence de l'intelligence paraît nulle. L'hémophilie est aussi fréquente chez les riches que chez les pauvres, chez les gens qui se nourrissent mal que chez ceux dont l'alimentation ne laisse rien à désirer, à la campagne comme en ville.

La fécondité des familles hémophiliques est un fait très curieux. Sur 21 familles, on a compté 204 enfants, soit 9,5 par famille, ce qui fait à peu près le double de la moyenne.

D'après Delezenne, interne à la clinique de Lille, l'hystérie est une des causes de l'hémophilie.

M. le professeur Villard suppose que l'hémophilie provient d'une modification purement fonctionnelle du système vaso-moteur ; elle n'est pas toujours héréditaire, et

dans ce cas elle est moins grave et plus accessible au traitement approprié.

Broca dit que la cause peut être due au défaut de tonicité des parois des capillaires.

SYMPTOMES

Les pertes sanguines peuvent être chez les hémophiliques, traumatiques ou spontanées, et le plus souvent très rebelles. Elles sont traumatiques dans le jeune âge, et spontanées plus tard.

On observe des pétéchies, des ecchymoses, des tumeurs sanguines, qui ne sont que des différentes phases d'un même fait pathologique.

Les pertes sont dangereuses, plus par leur durée que par leur quantité, ainsi une lésion minime par sa ténacité fait courir le plus grand danger.

Dans la statistique de Grandidier on trouve 14 décès produits par les gerçures de la peau ou des lèvres. 11 décès par les plaies légères du cuir chevelu, 7 décès par les morsures de la langue, et cinq par saignement du nez à la suite des chutes et contusions. Il n'est pas rare de voir des hémorrhagies consécutives à la circoncision, et Herzka cite le cas d'une famille où les deux premiers enfants étant morts à la suite de la circoncision, il défendit de la faire aux enfants suivants.

L'extraction d'une dent ainsi que la moindre opération ont quelquefois des suites fatales, et l'on a vu survenir la mort à la suite des morsures de sangsues, d'une application de ventouses sèches ou de vésicatoires.

Comme fréquence des hémorrhagies, nous placerons en

tête les épistaxis qui à eux seuls forment la moitié des cas et le tiers des décès. Viennent ensuite les hémorrhagies, buccales et intestinales, les hémoptysies, les hématuries, les métrorrhagies, les écoulements de sang par le vagin, l'urèthre et par la pulpe des doigts. Les plus redoutables sont les hémorrhagies spontanées qui peuvent tuer l'individu tandis que l'hémorrhagie traumatique s'arrête facilement.

Dans la majorité des cas, il y a des phénomènes précurseurs qui sont : bourdonnements d'oreilles, surdité intermittente, troubles de la vue, des vertiges, bouffées de chaleur, des fois il y a injection des capillaires de la face.

Les hémorrhagies spontanées, qui sont surtout l'épistaxis, les hémorrhagies ombilicales du nouveau-né (Lugeol), et les pertes par la peau, se font par les capillaires, et on voit alors le sang couler en nappe, suinter par gouttelettes de la surface saignante qui ressemble à une éponge.

La mort arrive plus ou moins vite. On l'a vue arriver après 24 heures ; mais le plus souvent elle vient lentement, dans cinq, dix, quinze, même après vingt-deux jours.

La quantité de sang perdue varie beaucoup. Il y a des malades qui ont perdu deux litres de sang par jour, d'autres trois litres !

Personnellement nous avons vu des femmes tomber en syncope après une perte insignifiante de sang, et d'autres résister à une perte de huit à douze cent grammes.

Les pétéchies, les ecchymoses, les tumeurs sanguines ne sont que des hémorrhagies interstitielles.

Les pétéchies varient en grandeur et passent par toutes les teintes des taches ecchymotiques. On peut les trouver sur toutes les parties du corps, mais en général on les observe sur les membres inférieurs, et parfois sur le cuir chevelu. On les a aussi observées sur les viscères. Ces taches apparaissent tantôt spontanément, et tantôt à la moindre contusion ou pression. Elles sont souvent les signes precurseurs d'une hémorrhagie spontanée, et parfois elles constituent à elles seules toute la maladie.

Les tumeurs sanguines sont formées par une abondante hémorrhagie interstitielle, et peuvent quelquefois atteindre le volume d'une tête d'enfant. Elle se présentent sous une couleur bleuâtre tirant sur le noir, molles et fluctuantes quand elles renferment du sang liquide, dures lorsqu'elles contiennent des caillots. Douloureuses à la pression, qui fait apparaître un cercle ecchymotique autour de la tumeur.

D'après M. le professeur Potain, la scrofule et le rhumatisme sont les maladies chroniques, qui le plus souvent accompagnent l'hémophilie. Il est rare de ne pas voir dans une famille hémophilique au moins un des membres atteint des douleurs articulaires. Le genou est plus fréquemment pris (1/3 fois).

Les douleurs durent d'habitude huit à neuf jours, le froid humide les exaspère.

Leur intensité est variable, remittente ou intermittente, et parfois assez vive pour rendre tout mouvement impossible.

Le gonflement existe dans la majorité des cas, et donne à la pression la même sensation que les tumeurs blanches.

Les téguments ne changent pas d'aspect, ils ne présentent ni rougeur, ni élévation de température, et il n'y a pas de sang épanché dans les jointures.

Les accidents rhumatismaux des articulations chez les hémophiliques ne laissent pas de traces, pourtant Scheff cite un cas de déformation des articulations, qu'il nomme *pseudo-rhumatismales*.

DIAGNOSTIC

Il n'est pas difficile de différencier l'hémophilie, du scorbut, du purpura et de l'hématidrose.

Dans l'hémophilie, nous avons des hémorrhagies interminables, qui commencent dès le jeune âge et se transmettent par voie d'hérédité.

La marche de l'hémophilie, quand le traitement n'a pas triomphé, est fatale, car les hémorrhagies se succèdent de plus en plus, deviennent plus tenaces, et la mort arrive par anémie et débilité. Comme nous avons déjà indiqué, dans les cas funestes, la mort arrive avant la vingt-unième année. Les chances de vie augmentent une fois cet âge franchi, alors les hémorrhagies deviennent de plus en plus rares, et l'individu survit.

Quelquefois l'hémophilie fait place à des accès d'asthme, rhumatisme avec déformations articulaires, et même à des tumeurs blanches ; d'autres fois elle se complique. Dans l'hémophilie nous avons encore les ecchymoses, les tumeurs sanguines, apparaissant sans motif, ou à l'occasion de la moindre contusion.

Les personnes les plus suspectes pour l'hémophilie sont les hommes issus de femmes appartenant à des familles hémophiliques, qu'elles soient ou non elles-mêmes hémophiliques. C'est très intéressant à connaître, surtout pour les personnes qui veulent contracter avec une société d'as-

surances, et les personnes qui doivent subir une opération.

Chez les femmes tant qu'il n'y a pas d'hémorrhagie, il est extrêmement difficile de diagnostiquer cette diathèse.

La durée de la maladie est pour la vie en général, mais la durée d'une hémorrhagie unique est très différente. On a vu des hémorrhagies durer une, deux, dix, vingt, quarante heures, même des semaines, et presque toujours si l'hémophile n'est pas mort de la première perte il est toujours exposé de mourir d'une hémorrhagie.

La mortalité est énorme et prématurée ; il y en a qui meurent très jeunes, dépassent rarement vingt-quatre ans, pourtant Grandidier en a vu qui sont morts à soixante-dix ans.

Le scorbut est épidémique, non héréditaire, sa cause est hygiénique, affecte tout le monde, altération presque constante des gencives, fétidité de l'haleine, etc.

Le purpura hémorrhagique (morbus maculosus, Werlhoff), affecte les deux sexes, sa durée est temporaire, ne se transmet pas par hérédité.

Elle est étrangère aux hémorrhagies par traumatisme, et aux gonflements articulaires.

Les taches qui couvrent la peau sont petites, circonscrites et multiples.

On trouve encore des épanchements sanguins dans les cavités viscérales. La mort arrive souvent.

L'hématidrose est caractérisée par des hémorrhagies provenant du réseau des capillaires et qui entourent les follicules sudoripares.

La durée est courte, quelques minutes, rarement une journée.

Les endroits un peu fixes sont la pulpe des doigts, l'aisselle, les orteils, le cou, les côtés du nez., etc, enfin tous les points où la peau est fine.

Il faut se méfier de confondre l'hémophilie avec la leucocythémie, où l'on a l'augmentation de la rate, du foie, une anémie profonde, le sang décomposé, etc. ; de même avec la fièvre jaune, qui est une maladie essentiellement infectieuse, et où l'hémorrhagie est passive

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

N'ayant pas eu l'occasion de faire des nécropsies des femmes hémophiliques, nous nous bornerons d'énumérer les altérations observées par les différents auteurs.

Hooper, Wilson, Virchow, Grandidier, ont observé des altérations des vaisseaux sanguins.

Magnus Huss, a trouvé des lésions du système artériel et accuse les autopsies mal faites si l'on ne trouve rien.

Percy Kidd, a trouvé la tunique musculaire des artérioles, de la muqueuse buccale, transformée en un tissu défini, et légèrement opaque. Les artérioles, les veinules, les capillaires, étaient oblitérés sur différents points, par des amas cellulaires résultant de la prolifération de l'endothélium.

On admet une altération congénitale des textures des petits vaisseaux, et qui consiste dans l'altération de la tunique moyenne des artérioles, laquelle tunique est mince, transparente, a disparu sur certains points, et a été remplacée sur d'autres par des plaques graisseuses, suivant ainsi la loi des organes atrophiés.

Le sang n'est pas altéré.

L'analyse chimique dénote un sang très riche. L'examen microscopique n'a rien révélé d'anormal. M. le professeur Hayem dit également n'avoir rien trouvé. Il à abaissé par des saignées continues sur des animaux le

chiffre des globules de moitié, et celui de la fibrine de plus d'un tiers, sans déterminer sa diathèse.

On voit donc que la plupart des auteurs pensent que la cause doit exister dans la texture des vaisseaux et non dans l'altération du sang.

D'après Virchow, il existerait chez les hémophiliques un état fœtal permanent du cœur compliqué d'étroitesse de gros vaisseaux et les disposant à se rompre.

M. Lancereaux range l'hémophilie dans la classe des affections nerveuses.

Tous ces énoncés ne sont que des hypothèses, et que de nouvelles recherches sont appelées à élucider cette partie de la maladie.

PRONOSTIC

L'hémophilie est mortelle chez les nouveau-nés, si elle se manifeste par des hémorrhagies ombilicales (Luyt).

Grave si la maladie commence dès le jeune âge, moins réservée si elle se manifeste après la huitième année; mais il ne faut jamais porter un pronostic favorable, car les hémophiles sont toujours sujets à mourir d'hémorrhagie.

TRAITEMENT

Prophylaxie. — Elle doit être dirigée en deux sens. Préserver autant que possible des nouvelles hémorrhagies, et prévenir la prédispositon.

Puisque l'hérédité est constatée, il faudrait interdire le mariage aux filles des hémophiles et aux hommes déjà hémophiles. C'est une question très délicate, et on ne saurait trop prendre des précautions, étant donné qu'il est souvent très difficile au médecin d'imposer sa volonté, son devoir est alors de prévenir les conséquences par une médication appropriée, surtout chez la femme.

D'après M. le professeur Pinard, et d'après notre observation personnelle, c'est surtout les hémorrhagies *post partum* qu'il faut craindre, et à ce propos M. Pinard préconise un traitement pendant la grossesse qui consiste en toniques et une hygiène appropriée.

Il faudrait aussi interdire la circoncision, l'incision du frein de la langue, extraction des dents, des sangsues. Le médecin défendra à la mère d'allaiter son enfant. Il doit conseiller de surveiller l'éducation de l'enfant, interdire les jeux, prévenir les chutes qui pourraient occasionner le moindre traumatisme, s'abstenir de toute opération à moins de nécessité absolue, et dans ce cas pren-

dre toutes les précautions. Il faudrait même les exempter du service militaire.

Un régime réparateur sans être trop stimulant est aussi nécessaire.

L'hydrothérapie a été employée avec succès par Lapeyre.

L'hémophilie étant une maladie des pays froids, il est rationnel de conseiller aux malades le séjour des régions méridionales.

A ce propos, nous citons le cas rapporté par Gintrac, concernant un jeune homme de 14 ans, atteint d'épistaxis; lequel fut sauvé par un séjour prolongé à Nice, dont les effets bienfaisants furent anihilés par son retour à Paris.

On ne peut guère lutter contre les hémorrhagies spontanées. Hertzka recommande une bonne nourriture, frictions froides, bains froids, de l'iode, du fer sous toutes les formes et surtout le perchlorure recommandé spécialement aux anémiques, pas aux pléthoriques ni aux cardiaques.

Eviter le surmenage intellectuel et corporel, peu d'alcool et des boissons chaudes. Aux pléthoriques, on recommandera l'acétate de plomb, l'ergotine, la digitaline, les vomitifs. Le sel de Glauber a donné de bons résultats dans une famille américaine.

Les saignées sont bien supportées, pourvu que le bandage soit suffisamment serré, toutefois il ne faut les faire que chez les sujets robustes, et qui les ont déjà subies sans inconvénient.

Les dérivatifs intestinaux, les pédiluves sinapisés, les

boissons acidulées, ont donné quelques résultats à Fordyce, seulement le succès n'est pas toujours le même.

Dans la période congestive, il ne faut pas recourir aux dérivatifs. La digitale trouve mieux son emploi ici.

Tous les auteurs sont d'accord sur la nécessité d'arrêter le plus tôt possible les hémorrhagies traumatiques superficielles.

Les moyens de traitement sont locaux et généraux.

Les moyens locaux sont : compression méthodique d'une durée de plusieurs jours ; mais il faut se méfier d'une trop forte compression, cause de désordres graves. Il n'est pas mauvais d'y ajouter la cautérisation au nitrate d'argent, le perchlorure de fer. Quelquefois on se trouve bien d'un point de suture (morsures de sangsues, petites incisions). Pour les alvéoles, tamponnement à la charpie imbibée d'un astringent, un petit bouchon dessus.

Hohl, préconise l'application d'une feuille d'or ou d'argent sur l'alvéole qui saigne et qui produit une compression permanente. On y appliquera en même temps de la glace et des bains de pieds.

Hémard, médecin-major, dans un cas d'hémorrhagie chez un hémophilique, à la suite de l'extraction d'une dent, s'est bien trouvé en faisant la ligature de la carotide primitive.

M. le professeur Tillaux préconise un bouchon de cire dans l'alvéole, et la compression pendant vingt-quatre, trente-six heures.

En cas d'hémorrhagie interne, les révulsifs cutanés appliqués sur les extrémités, les pédiluves sinapisés, l'eau froide, et enfin les médicaments dits hémostatiques. L'hy-

drothérapie, non seulement des affusions froides, mais des douches en pluie fine à forte pression, et des douches à jet brisé appliquées sur les pieds.

A l'intérieur, l'ergotine, l'acétate de plomb à haute dose et répété ; l'alun et les préparations martiales. L'ergotine a été prescrite à la dose de trois ou quatre grammes. Depuis 1875, l'ergotine a été remplacé par le principe actif de l'ergot de seigle, l'*ergotinine*, à la dose d'un quart ou demi milligramme sous la forme de sirop de *Tanret.*

La quinine et les frictions gingivales ont été employées avec succès par Lapayre. L'essence de térébenthine, à la dose de vingt à trente gouttes toutes les deux heures, a donné quelques bons résultats.

Les eaux de Schwalbach, qui ont guéri deux frères hémophiliques, ont été vantées par Martin, Vieli et même Grandidier.

L'opium à haute dose a été préconisée par Coats.

Cohen s'est bien trouvé de la suggestion renouvelée tous les jours chez une femme chez laquelle tous les traitements ont échoué depuis vingt-cinq ans.

Les solutions de cocaïne et les eaux chaudes, ont été préconisées par Smith.

Dans le cas d'hémorrhagie très abondante, à tendances syncopales et anémie profonde, Triaire propose la transfusion.

Sonnenburg en faisant la néphrectomie du rein droit a guéri une femme hématurique d'origine hémophilique.

Duany-Soler, s'est bien trouvé de l'antipyrine en solution concentrée comme hémostatique. J. Cornillon est contre l'emploi des eaux de Vichy.

Cohen préconise encore l'électricité, les bains électriques et l'antipyrine.

On a encore préconisé la strychnine ; mais son efficacité n'est pas prouvée.

Parmi les moyens chirurgicaux, le meilleur, comme nous l'avons dit, est la compression douce et continue, pas de ligatures, pas de caustique, ni de cautérisations au fer rouge qui laissent filtrer le sang (Rochard).

Quand la blessure siège sur un des membres, l'application d'un morceau d'agaric par sa face tomenteuse, une compression graduée et un bandage, commençant par les doigts ou les orteils.

Dans le cas d'épistaxis rebelles, le tamponnement des fosses nasales.

Dans les hémorrhagies intestinales, les lavements d'eau glacée additionnée de perchlorure de fer.

Dans les hémorrhagies puerpérales tenaces *post partum*, les injections vaginales très chaudes, et la compression de l'aorte abdominale ont donné de bons résultats à M. le professeur Pinard.

Rousseau d'Epernay préconise la compression de l'aorte, qu'il trouve pourtant très fatigante. Deux fois il est arrivé à sauver la vie à la même femme pendant la délivrance, mais à la troisième fois, étant appelé un peu trop tard, la femme succomba.

Churchill, de Dublin, a trouvé le pouls rapide et en apparence tendu dans presque tous les cas d'hémorrhagie après l'accouchement, au lieu d'être affaissé comme cela arrive après l'accouchement. Il ne quitte jamais une malade tant que l'hémorrhagie pourrait avoir lieu, et plus

d'une fois les femmes ont dû leur salut à cette précaution.

Dans trois cas, cette rapidité inaccoutumée du pouls était le seul symptôme morbide. Dans les trois cas, une hémorrhagie alarmante survint au bout d'une heure, et ne put être arrêtée qu'à grand'peine.

Il est de même opinion que John Clarke, qu'une malade ne peut être considérée comme sauvée, tant que son pouls est au-dessus de cent.

Graefé de Halle, chez les femmes qui ont des hémorrhagies *post partum*, fait un tamponnement intra-utérin de trois à six mètres de bandes de gaze iodoformée et ne quitte la femme avant d'être presque sûr que l'utérus reste contracté.

Skutsch de Iéna est de même avis, mais chez les femmes multipares, qui ont toujours eu des hémorrhagies *post partum* abondantes, donne un gramme de seigle ergoté suivi d'une injection d'une seringue d'ergotine au vingtième, quelques instants avant le dégagement de la tête. Il répète la même médication à la même dose, cinq à dix minutes avant la délivrance.

Personnellement, nous n'admettons pas ce traitement, car pendant les deux années que nous avons passées dans le service de M. le professeur Pinard, nous nous sommes toujours bien trouvés des injections vaginales très chaudes et compression de l'aorte abdominale en général, et tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, si l'hémorrhagie persiste, l'utérus étant rétracté.

Dès que nous sentons l'utérus devenir mou, nous retirons le tampon, pas de seigle ergoté; mais nous faisons

une injection d'ergotine ou ergotinine, et après une nouvelle injection chaude, nous replaçons de nouveau le tampon.

Enfin pour finir nous conseillons encore du repos absolu, des boissons fraîches, position horizontale, des doses répétées de lait, eau froide additionnée de quelques gouttes de cognac ou rhum, tant que le pouls est faible, et commencer à bien nourrir la malade quand elle commence à avoir des forces.

Observation II (personnelle).

Prise à la clinique d'accouchement de la Faculté.
Clinique Baudelocque, service de M. le professeur Pinard.

Marie D..., 22 ans, domestique, entre à la clinique le 26 novembre 1891, à 11 heures du matin.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants, quinze frères et sœurs, dont douze encore vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — A marché à treize mois et a toujours bien marché, scarlatine à trois ans. Epistaxis fréquentes depuis l'âge de huit ans, jusqu'à l'époque où s'établit la menstruation, et nécessitant l'emploi de la glace.

Réglée pour la première fois à l'âge de treize ans, elle a toujours bien été réglée, jamais de ménorrhagie. Du côté des frères et sœurs rien.

Enceinte pour la première fois elle a eu ses dernières règles le 28 février 1891, les mouvements actifs ont été observés à quatre mois et demi, son utérus est bien développé, car sa hauteur

de la symphyse pubienne jusqu'au fond est de 0 m. 38 centimètres.

Toute sa grossesse s'était bien passée jusqu'au mois de septembre quand elle a eu deux épistaxis durant chacune 3/4 d'heure, et nécessitant l'emploi de la glace : « Ça coulait comme d'une fontaine » disait la femme, quelques vomissements au début de la grossesse. Pas d'albumine dans les urines.

A l'examen extérieur, c'est une femme bien conformée, rien au cœur, ni aux poumons, pas d'œdème ni varices. Ses seins sont bien développés, les aréoles brunes, colostrum. Le ventre volumineux, l'utérus dur et tendu, et la tension des parois est très prononcée.

Nous passons à l'examen du contenu de l'utérus et nous constatons par le palper que le fœtus se présente par le sommet en O. I. G. A. La tête est engagée. En contrôlant notre diagnostic par l'auscultation, nous trouvons le maximum des bruits du cœur en avant, à gauche et au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, nous trouvons le col ramolli et en voie d'effacement, l'orifice externe un peu entr'ouvert et la poche des eaux qui est intacte et bombe un peu. Comme nous avons l'habitude de regarder la vulve toujours avant de toucher la femme, nous constatons quelques vaisseaux variqueux sur la vulve et le périnée.

Nous ordonnons un bain et après le bain nous lui faisons une injection vaginale au biiodure de mercure à 1/4000 et nous lui mettons un morceau de coton devant la vulve et surveillons cette femme.

A deux heures quarante-cinq minutes du soir, le col est complètement effacé, et la dilatation de l'orifice commence, et à ce moment nous pouvons sentir les fontanelles, ainsi nous trouvons la fontanelle postérieure à gauche et en avant, tandis que nous arrivons difficilement sur l'antérieure.

Le travail avance régulièrement et à dix heures quarante du

soir du 26 novembre, la dilatation est complète, poche des eaux intacte et alors immédiatement nous rompons la poche avec un perce-membranes, nous laissons écouler une assez grande quantité de liquide amniotique qui est normal et ne présente aucune altération. Nous faisons une injection et nous plaçons la femme en position d'accoucher, jusqu'ici rien d'anormal, pas d'hémorrhagie.

Nous invitons la femme à pousser, et constatons que la rotation et la descente se font régulièrement et quinze minutes après la dilatation complète, cette femme expulse un enfant de sexe masculin, vivant, qui pèse 3710 grammes et mesure 0 m. 50 centimètres de longueur. Depuis son début de travail qui était le 26 novembre à 7 heures du matin jusqu'à l'expulsion du fœtus, nous n'avons rien eu d'anormal. Le total du travail a été comme d'habitude chez une primipare, de 15 heures 55 minutes. Examinant la vulve nous trouvons deux déchirures vaginales latérales, intéressant les petites lèvres. Ces déchirures sont très superficielles, et puis une petite déchirure de la fourchette.

En mesurant l'utérus immédiatement après l'expulsion du fœtus nous trouvons le fond de l'utérus à 20 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, cinq minutes après, il était à dix-neuf, ce qui démontrait que le décollement commençait et après cinq minutes le fond se trouve à vingt-deux centimètres, donc le placenta est tombé sur le segment inférieur et en effet le fond de l'utérus se maintient à vingt-deux centimètres jusqu'à onze heures trente du soir, quand on pratique la délivrance, qui se fait par extraction simple.

La présentation du placenta était par sa face fœtale, et la quantité de sang perdu pendant la délivrance était normale.

Nous pratiquons une injection chaude vaginale au biiodure et après une toilette vulvaire nous plaçons une serre-fine et mettons un morceau de coton iodoformé devant la vulve.

La femme reste en observation, comme c'est l'habitude, tout est normal, la femme ne perd pas, elle cause un peu et nous l'invitons à se reposer, et nous procédons à l'examen du placenta ; nous trouvons un placenta circulaire pesant 580 grammes, rapport normal entre lui et le fœtus, les membranes complètes quoique un peu dissociées, l'insertion du placenta était d'un côté à 26 centimètres et de l'autre à neuf centimètres, l'insertion du cordon est excentrique, et mesure $0^{m}62$ centimètres de longueur.

Nous étions en train d'examiner d'autres femmes qui étaient dans la salle de travail, quand tout à coup, deux heures à peu près après la délivrance, nous voyons notre femme pâlir et prête à avoir une syncope, nous découvrons vite la femme et nous la trouvons baignée de sang, le fond de son utérus est remonté, nous pratiquons une injection vaginale très chaude de quatre litres et retirons huit cent grammes de caillots, et nous envoyons chercher le répétiteur de garde, M. Wallich, car l'hémorrhagie continuait toujours.

M. Wallich examine cette femme et constate deux sources d'hémorrhagie, l'une vulvaire et l'autre profonde.

Il pratique la suture au catgut des parties déchirées et comme le sang continuait à couler, alors il fait un tamponnement vaginal en nous recommandant de ne pas quitter la femme un instant.

En effet, la femme présente la face pâle, pouls petit, filiforme, on lui donne des grogs, et on lui place la tête très bas, après le tamponnement, comme l'hémorrhagie s'est arrêtée, elle se trouve un peu mieux, elle veut dormir, nous le lui défendons et nous restons à côté de cette femme jusqu'à sept heures du matin, et nous la quittons, quand nous voyons qu'elle était hors de tout danger.

Les suites de couches ont été absolument normales, la température oscillait entre 36°,8 et 37°,2, seulement le 4 décembre, c'est-à-dire huit jours après elle a eu une petite lymphangite du

sein gauche, sans aucun accident fâcheux, ni élévation de température, et elle a quitté la clinique le seizième jour, dans un état excellent emportant son enfant aussi en bonne santé.

Nous voyons donc que cette femme qui avait des épistaxis rebelles fait un accouchement normal et que c'est après la délivrance que le danger se présente, par une hémorrhagie abondante, et que si cette femme n'avait pas été en observation on peut bien s'imaginer les suites fâcheuses qu'aurait entraînées cette hémorrhagie et M. le professeur Pinard, vu le genre d'hémorrhagie ne se produisant qu'après la délivrance fait le diagnostic : *Hémophilie* et nous cite une observation personnelle que nous publions plus loin.

Observation III

Clinique de la Faculté de Bordeaux.
Prise par M. le docteur Oui.

Berthe C..., 27 ans, célibataire, entre à la Clinique le 13 avril 1891, à trois heures du matin. Antécédents héréditaires, néant. Antécédents personnelles, elle s'est toujours bien portée, mais de tout temps elle a eu, pour des causes insignifiantes des hémorrhagies abondantes. Elle a toujours été sujette aux épistaxis, et les moindres plaies étaient suivies chez elles d'hémorrhagies tenaces. La menstruation s'est établie vers l'âge de quatorze ans, toujours abondante et régulière.

A 24 ans, elle a accouché à terme d'un enfant vivant qui se porte bien. L'hémorrhagie de la délivrance fut peu abondante.

Réglée pour la dernière fois le 20 juin 1890, elle a continué à avoir depuis, au moment de ses périodes menstruelles, un écoule-

ment de sang par les organes génitaux, mais ces hémorrhagies, très légères, n'ont jamais persisté plus de 24 heures.

Toute sa grossesse s'était passée sans incident lorsque le 13 avril, vers minuit et demi, elle se réveilla baignée de sang. On envoya alors chercher un médecin, qui pratiqua le tamponnement vaginal et envoya cette femme à l'hôpital.

A son arrivée, nous examinons cette femme avec soin. Par le palper, nous constatons que l'utérus remonte jusqu'au creux épigastrique.

Le fœtus se présente par le sommet en O. I. D. P. La tête n'est pas engagée. L'enfant est vivant, nous constatons le maximum des bruits du cœur, sur une ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

Après avoir enlevé le tampon, composé de trois ou quatre bourdonnets de coton de la grosseur d'un petit œuf, et d'un morceau d'ouate plus volumineux placé dans la vulve, nous donnons une injection vaginale au sublimé, et nous pratiquons le toucher.

Le col complètement ramolli, a encore toute sa largeur, mais il est largement déhiscent.

Le doigt arrive sur les membranes qui sont intactes et qui présente en arrière quelques rugosités. La tête quoique non engagée, est accessible. La suture sagittale occupe le diamètre oblique gauche. La fontanelle antérieure est à gauche et en avant, la fontanelle postérieure en arrière, et à droite quelques contractions utérines. Pas d'hémorrhagies.

La journée le 13 se passe bien. A peine se produit-il de temps en temps une légère hémorrhagie rapidement arrêtée par des injections antiseptiques chaudes.

A onze heures du soir, le col est complètement effacé, et les hémorrhagies cessent complètement, la tête ayant effectué son mouvement de descente dans l'escavation. A cinq heures du

matin, la dilatation a atteint 3 centimètres. A sept heures, elle est palmaire.

A ce moment les contractions faiblissent un peu. Aussi à sept heures et demie rompt-on les membranes. La dilatation se complète rapidement, et à huit heures la tête appuie sur le plancher périnéal. Elle commence alors son mouvement de rotation qui se termine à huit heures et demie. A neuf heures expulsion facile d'un enfant de sexe féminin, pesant 2580 grammes et mesurant 52 centimètres de longueur.

Aussitôt après l'expulsion du fœtus, une hémorrhagie abondante se produit. Les injections chaudes restant sans effet, nous essayons sans résultat l'expression utérine.

Devant l'abondance de l'hémorrhagie, nous n'hésitons pas à recourir à la délivrance artificielle. Nous introduisons la main droite dans l'utérus, et constatons que le placenta est inséré sur la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus, et que la partie la plus rapprochée de l'orifice utérin est déjà décollée.

Nous procédons au décollement complet du placenta et des membranes et nous attirons, sans nous hâter, l'arrière-faix en dehors. Le placenta est entier et les membranes ne sont pas déchirées. L'utérus s'est contracté.

L'hémorrhagie cesse un moment ; mais bientôt, l'utérus se ramollit et le sang commence à s'écouler abondamment au dehors. Les injections intra-utérines antiseptiques chaudes n'amènent que momentanément les contractions utérines. L'organe se relâche à chaque instant. Nous introduisons à deux reprises la main dans l'utérus, et en retirons quelques caillots.

Après l'avoir ainsi vidé, nous pratiquons deux injections d'ergotine.

Compression de l'aorte. L'hémorrhagie ne s'arrête pas. Pendant ce temps, la femme s'est rapidement affaiblie ; elle a des tendances syncopales. Les téguments sont décolorés. Le pouls est

filiforme. Devant cet état grave, nous n'hésitons pas à pratiquer le tamponnement de l'utérus. Nous introduisons dans la cavité à l'aide d'une pince à pansement, une bande de gaze iodoformée, que la main droite restée dans l'utérus dispose et tasse sur les parois de l'organe. L'utérus une fois rempli, nous continuons à combler le vagin, sans tasser la gaze iodoformée. Nous avons ainsi introduit 7 m. 50 de gaze.

Aussitôt l'utérus se contracte et l'hémorrhagie cesse. Les tendances syncopales persistant, nous avons recours, pour combattre la gravité de l'état général, aux injections hypodermiques de caféïne (30 centigr.) et d'éther (2 cent. cubes). Punch, potion à l'acétate d'ammoniaque. La malade est entourée de bouillotes chaudes.

Le lendemain, 15 avril, nous enlevons le tampon, qui était complètement imprégné de sang.

Le 16 avril. — Légère douleur du côté des cornes de l'utérus. La température s'élève et l'hyperthermie persistant, le 20, nous évacuons la malade sur le service de M. le professeur agrégé Rivière. Elle a présenté dans ce service des phénomènes de septicémie grave, mais elle est sortie guérie le 17 mai.

Les suites de couches n'ont pas été si favorables.

Elle a présenté de la lymphangite utérine et a été atteinte de septicémie grave. Cependant, nous croyons qu'il faut chercher ailleurs que dans le tampon intra-utérin, la cause de cette infection.

M. Oui accuse le tampon vaginal fait avant l'entrée de cette malade à la clinique. En plus, cette femme était dans la salle de travail, à côté d'une autre femme qui avortait, et qui présentait déjà, avant la terminaison de l'avortement 38°,5, et qui portée à l'isolement, y mourut quelques jours après de péritonite.

Observation IV

Exposée par M. le professeur Pinard à la leçon clinique le 30 novembre 1891.

Une femme primipare fait appeler M. Pinard au moment de l'accouchement. M. le professeur Tarnier le prévient que deux fois il a accouché la sœur de cette dame, il a eu à lutter contre des hémorrhagies terribles.

L'accouchement et la délivrance ne présentent rien d'anormal. M. Pinard étant prévenu, reste à déjeuner dans la famille pour être prêt à toute éventualité, et en effet, quelques instants après on le fit appeler auprès de la malade.

Il la trouva pâle, l'utérus retranché normal, mais elle est inondée de sang. Il lui fit prendre de suite du seigle ergoté, qui produisit des vomissements, mais n'agit pas sur l'hémorrhagie; enfin, la femme allait mal, alors M. Pinard la met en position obstétricale, et trouve un grand nombre de fissures sur le bord desquelles il applique une dizaine de pinces, mais cela ne sert à rien, car la femme perdait toujours. M. Pinard fait appeler M. Ribemont-Dessaignes et après une injection très chaude on lui fit un tamponnement. M. Pinard n'a quitté cette femme qu'après 22 heures.

A la seconde couche, M. Pinard prit toutes les précautions, il fit prendre à la femme des toniques avant, des injections sous-cutanées d'ergotinine et d'éther après.

Cette femme était une hémophilique, sa mère raconte que toutes les fois qu'on lui arrachait une dent on avait au moins pour 48 heures à lutter contre l'hémorrhagie.

CONCLUSIONS

1. — L'hémophilie est une des causes des hémorrhagies secondaires.

2. — L'hémorrhagie secondaire chez les femmes hémophiliques est remarquable par sa ténacité.

3. — Comme traitement préventif :

Avant. Les toniques, grand air, hygiène, etc.

Après. Les injections d'ergotinine.

Les injections d'éther.

4. — Comme traitement curatif :

Des injections vaginales très chaudes.

Compression prolongée de l'aorte abdominale.

Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée tant que l'utérus reste dur.

Retirer de suite le tampon dès que l'utérus devient mou, renouveller les injections et faire un nouveau tampon.

Pratiquer en même temps une injection hypodermique d'ergotinine ou ergotine.

Vu par le Président de la thèse,
PINARD

Vu par le Doyen :
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Villard. — Des maladies hémophiliques. *Marseille Med.*, 1887, XXIV, 530, 581.

Duany-Soler. — Hémophilie. Poitou med. Poitiers, 1889, III, 129.

Graefe. — Noch einmal die Uterustamponade bei post-partum. Blutungen Berl-klin Wchschr., 1889, XXVI 1089.

Cohen (G.). — Ein fall von Hæmophilie. Munchen med., 1890. XXVII, 209.

Ztschrift fur Klin. med. Berl., 1890, XVII, Suppl. Heft 182-201.

Villard et Laplane. — Des maladies hémophiliques, 1888 Marseille méd., 30 août.

Hayem. — Sur un cas de diathèse hémorrhagique. Bull. méd. Soc. méd. des hop. de Paris, 1891, 3 s. VIII 389-394.

Neumann (H.). — Weiterer Beitrag zur Kentniss der hemorr. diathese Neugeborn arch. f. Kinderb. Stuttg. 1891-92, XIII, 211-219.

Von Limbeck. — Zur casuistik der erblichen Hainophilie Prag med. Wchsch, 1891, XVI, 459.

Oui (M. L. J. V.). — Note sur deux cas de tampon intra-utérin. Arch. de gynécol. Par. 1891, XVIII, 663-669.

Fraisse (G.). — Du tamp. intra-utér. dans certains accidents de puerpéral. Arch. de tocol. Paris, 1891, XVIII, 161-168.

Luy t(J. R.). — Un cas d'hémorrhagie ombil. incoercible. Paris, 1891. Thèse 295.

Vulpian. — De quelques particularités intéressantes dans un cas d'hémophilie. Praticien, Paris, 1883, III, 112-114.

Cornillon (J.).— L'hémophilie est-elle une cont.-indicat. au traitement par les eaux de Vichy ? Gaz. med. de Paris, 1884, 7 s. 1246.

Friaire. — De la transfusion du sang dans les hémorr. puerpérales, Arch. de Tocol. Paris, 1878, 457, 474, 531, 544.

Rousseau. — Hémorrhagies utérines après l'accouch. arrêtées par la compression de l'aorte. Rev. de thér. méd. chir. Paris, 1879, XLVI, 36.

Hemard. — Hémorrhagie consécutive à l'extraction d'une dent chez un hemoph. et ayant nécessité la ligature de la carot. primitive. Bull. Soc. de Chir. de Paris, 1879, n. S. V, 392, 398.

Hertzka. — Ueber hemophilie Wien. méd. Presse, 1880, XXI, 523, 560, 635, XXI, 668, 706, 774.

Pinard. — Leçon clinique du 30 novembre 1891.

Lugeol. — Hémorrhagie ombilicale chez le nouveau-né. id. méd, Bordeaux, 1891, gr. XXI, 181, 184.

Délézenne. — Note sur un cas d'hémophilie hystérique. Bull. méd. du Nord, Lille, 1891, XXX, 541, 546.

Lapeyre. — Recherches sur la nature de l'hémophilie, 1875. Thèse de Paris.

Hernandez. — Hémorrhagies successives, hémophilie, 1883, 1887. Thèse de Paris.

Girault. — Hémorrhagies que l'on doit traiter par astringent. 1889. Thèse de Paris.

Revue des sciences médicales, 1830, 81, 82, 83, 86, 87, 89, 90, 91.

Churchill. — Traité pratique des maladies de femmes.

Henri JOUVE, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.